

- Items 61, 144, 202 et 340 **mis à jour**
- **Des vidéos**
- **Des photothèques**
- Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ? **Les réponses**
- **Tests** de lecture
- **Tous les items** en version PDF

RÉFÉRENCES UNIVERSITAIRES

Un chantier pour 2012/2017

Jean-Michel Chabot
Faculté de médecine,
Marseille

L'organisation mondiale de la santé (OMS) est trop souvent perçue comme un organisme international lointain, attaché à l'analyse de problématiques planétaires et porteur de propositions utopiques. (Ainsi, l'objectif de *Santé pour tous* en l'an 2000, affirmé au tout début des années 1980, et dont le délai, puis les conditions de réalisation avaient été reconsidérés par l'OMS elle-même). C'est dommage. Pour autant, une lecture régulière des productions^{1,2} de l'OMS devrait utilement être conseillée à nos étudiants en médecine et des autres filières conduisant à des professions de santé... et le cas échéant à nos enseignants et autres décideurs.

Cette lecture est pertinente, d'une part au moment où se prépare une révision sensible du programme des études médicales et de santé – motivée, en particulier par la réorganisation liée à l'institution des trois cycles de licence, master et doctorat (LMD), d'autre part, alors que l'organisation des soins en secteur ambulatoire est encouragée à évoluer sensiblement.

Sur les systèmes de santé des grands pays développés, on trouve en particulier l'analyse suivante : ... « *Nos systèmes de santé souffrent d'une sérieuse fragmentation, observable tant sur le plan de l'action que celui des acteurs. Sur le plan de l'action, en dépit de quelques efforts louables de coordination, on est loin d'alliances efficaces et durables entre médecine et santé publique, entre services curatifs, préventifs et actions sociales, entre activités de médecine générale et de médecine spécialisée, entre prestations de diverses professions de santé, entre secteur privé et secteur public. Sur le plan des acteurs, malgré une certaine prise de conscience de la nécessité de se mettre à jour, on observe que chacun des acteurs tend à protéger sa spécificité aux dépens d'une vision globale et à long terme, sans nécessairement tenir compte des réels besoins de la société. Trop souvent, des citadelles étanches : organes de décision politique, organisations de services de santé, associations professionnelles, institutions universitaires, société civile, cherchent à consolider leur propre position sans consentir à une*

Le médecin 5 étoiles (*five-star doctor*)

C'est au début des années 1990 que le Dr Charles Boelen, en charge de ces questions à l'OMS, avait proposé cette évolution pour le médecin généraliste. Près de 20 ans plus tard, l'importance accordée au « premier recours » et à l'organisation des soins de proximité donnent raison à C. Boelen ; même si c'est davantage une équipe pluriprofessionnelle que le seul médecin généraliste qui remplit les cinq missions.

1 **Une dispensateur de soins, qui considère le patient à la fois en tant qu'individu et membre d'une famille et d'une communauté, et dispense**

des soins de qualité, complets, continus et personnalisés dans le cadre d'une relation durable basée sur la confiance.

2 **Un décideur, qui choisit quelles approches et techniques utiliser dans un souci d'éthique et de coût-efficacité pour optimiser les soins qu'il dispense.**

3 **Un communicateur, capable d'écouter, d'expliquer et de convaincre pour promouvoir des modes de vie sains, donnant ainsi aux individus et aux groupes les moyens d'améliorer et de protéger leur santé.**

4 **Un membre influent de la communauté, qui ayant gagné la confiance de ceux parmi lesquels il travaille, est capable de concilier les besoins des individus et de la communauté et d'agir au nom de cette dernière.**

5 **Un gestionnaire, capable de travailler en harmonie avec des personnes et des organismes à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé pour répondre aux besoins des individus et des communautés, et d'utiliser à bon escient les informations sanitaires disponibles. •**

remise en question de leurs prérogatives et responsabilités au bénéfice de l'intérêt général. Quelle soit un jour induite par un épuisement des ressources financières ou par une insatisfaction progressive des citoyens ou encore par une évaluation objective du défaut de performance du système actuel, l'alternative pour une action globale et cohérente paraît inéluctable »... Et il suffira de rappeler que l'OMS publiait ces textes dès le milieu des années 1990, voilà presque 20 ans. Au delà de l'analyse, on trouve aussi des propositions (v. encadré) dont la suivante, identifiant les acteurs – et les conditions de leur mobilisation – pour un système de santé réorganisé : ... « La forme du pentagone (v. la figure ci-dessous) est choisie pour illustrer une stratégie susceptible d'induire une unité d'action pour la santé. Trois éléments semblent nécessaires à créer cette convergence. D'abord, la désignation d'une population circonscrite (région, département, canton ou ville), servant de cible à notre observation et notre action. Ensuite, la conception de modèles de services de santé intégrés, lieux où les différentes actions de santé individuelle, de santé publique et d'interventions sociales et environnementales s'articulent et se complètent, au bénéfice de cette population. Enfin, l'accessibilité à un système coordonné d'informations permettant de documenter régulièrement non seulement l'état de santé de la population, mais aussi les risques encourus, ainsi que l'inventaire des principales actions ou transactions ayant une incidence sur la santé.

Chacun des acteurs peut jouer un rôle spécifique, que l'on pourrait caricaturer comme suit : les décideurs politiques facilitent la concertation, proposent des mécanismes de régulation et mobilisent des ressources ; les gestionnaires des services de santé font évoluer leurs institutions vers davantage d'intégration dans le paysage sanitaire et social ; les professions de santé proposent aux patients, aux familles et au public des services pour une prise en charge aussi globale que possible ; les institutions universitaires, telles les facultés de médecine, forment les futures générations de cadres de la santé et conduisent une recherche pour optimiser le dispositif sanitaire ; enfin, les citoyens, à titre individuel ou collectif, assument une responsabilité croissante dans la préservation de leur propre santé et deviennent partenaires

dans l'action sanitaire et sociale »... Aujourd'hui, en 2012, et avec un certain optimisme, on peut considérer que les trois conditions spécifiées ci-dessus sont en voie d'être respectées ; reste donc à ouvrir le chantier. Qu'il s'appelle « coordination des soins » ou « organisation du secteur ambulatoire » ou encore « parcours du patient », on voit bien de quel chantier il s'agit... et les choses ont déjà commencé, en particulier à l'initiative des professionnels du terrain eux-mêmes. Quand à l'action publique, elle pourra prendre en compte la récente contribution fournie par la fondation Terra Nova (www.tnova.fr) – dans la ligne des orientations de l'OMS – dont est extrait le passage suivant (où il s'agit d'éviter deux pièges) : ... « Le premier piège, [...] est celui des réformes radicales, pensées d'en haut comme autant de "ruptures". Plus qu'à de nouvelles réformes autoritaires, brutales et technocratiques, les évolutions du système de soins dans le sens d'une meilleure coordination entre acteurs de santé doivent s'inscrire dans le temps et bénéficier des expériences acquises depuis une vingtaine d'années, en France comme dans d'autres pays comparables. Ces évolutions doivent donner lieu à une transformation progressive et différenciée des structures et des pratiques de soin existantes. C'est à partir d'elles, en partant du réel, que doivent être envisagés les nouveaux défis sanitaires, liés à l'évolution des pathologies prises en charge, au vieillissement de la population, à la démographie médicale, à l'apparition de déserts médicaux, aux nouvelles aspirations des professionnels. L'organisation des soins a moins besoin de bouleversements que d'équilibres nouveaux, de coordination et d'apprentissages réciproques aux nouveaux contextes de soin. Le second piège – qui n'est en réalité qu'une réaction conservatrice au premier – est l'affirmation d'une utopie régressive : des voix s'élèvent dans le monde hospitalier et parmi les experts pour en appeler au "retour" du moment idéalisé de 1945 ! [...] Pour l'hôpital, il ne s'agit pas de revenir à un "âge d'or" imaginaire, chéri par une élite hospitalière alors au sommet de son autonomie et de son prestige économique et social. En médecine ambulatoire, il ne s'agit pas non plus de s'en tenir aux vertus rassurantes du "médecin de famille". Au-delà des références au passé, l'enjeu est d'envisager une modernisation du système de soins. »... •

1. Boelen C, Heck J. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Genève : OMS, 2000.
2. Organisation mondiale de la santé. Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Genève : OMS, 2002.

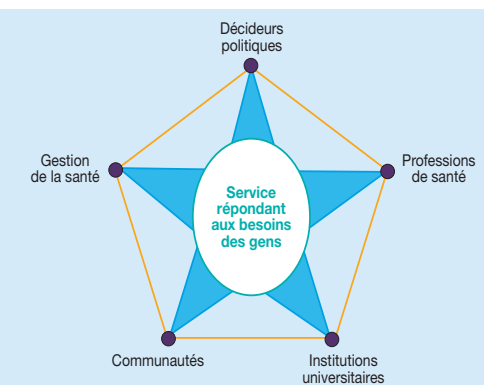


FIGURE Le pentagone du partenariat.